

Чур Н.Н., Подгайский В.Н.,  
Шулейко А.Ч., Высоцкий Ч.Ф.

**ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ  
ГНОЙНЫХ ПОЛОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ  
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ДЛИТЕЛЬНОЙ  
АСПИРАЦИЕЙ С ПРОМЫВАНИЕМ**

/ Минск /

До настоящего времени наиболее распространенным способом эвакуации гноя остается широкое вскрытие гнойной полости с заполнением ее марлевыми тампонами.

Наилучшие условия для оттока гноя, раневого содержимого (кровь, лимфа) создаются при выведении тампонов наружу через разрез в области дна полости, а также абсцесса. Удовлетворительный отток бывает также при равномерном заполнении тампонами всей гнойной полости сверху, когда между тампонами и стенками абсцесса остается только узкое щелевидное пространство, по которому гной выделяется наружу.

Большинство гнойных полостей имеет относительно сложную форму, вследствие чего равномерно заполнить их тампонами не удается.

Таким образом, тампонирование редко создает идеальные условия для беспрепятственного оттока гноя. Кроме того, этот метод требует широких разрезов, заживающих вторичным натяжением и образующих в последующем косметические дефекты, а при ряде локализаций способствующих развитию грыж и различных функциональных нарушений. В связи с этим естественны поиски других методов лечения.

При выполнении у больных сахарным диабетом особо травматичных операций, связанных с замещением дефектов мягких тканей, ампутациях конечностей и т.д., зачастую остаются глубоко расположенные свободные полости, в которых накапливается кровь, межтканевая жидкость, что в последующем приводит к абсцедированию и необходимости повторной операции. Поэтому перед хирургами всегда возникает проблема адекватного дренирования.

Ситуация еще более усугубляется у больных с сахарным диабетом, когда репаративные процессы значительно ограничены, являющихся результатом снижения иммунорезистентных механизмов.

Изучая эффективность аспирации при лечении гнойников различной локализации, мы постепенно выработали дифференцированную методику, которая представляется нам достаточно рациональной.

Предлагаемый нами способ дренирования полостей выглядит следующим образом: устройство для активного дренажа состоит из следующих деталей: одноразовый стерильный шприц 20 мл; ПВХ-трубка необходимой длины и диаметром 4 мм с перфорациями на дистальном конце; металлическая спица длиной 4 см. Дистальный конец ПВХ-трубки с перфорационными отверстиями укладывается на дно раны, а его проксимальный конец после окончания операции выводится через контрапертуру наружу и надевается на канюлю шприца. Поршень шприца оттягивается до предела и фиксируется спицей. По мере необходимости, но не реже одного раза в сутки, шприц опорожняется от содержимого полости раны. Важным моментом является то, что послеоперационная рана зашивается наглухо.

Эту же систему мы использовали и для промывания полостей антисептическими растворами 1-2 раза в сутки.

Применив к настоящему времени такую методику у 27 больных, мы в 26 случаях получили достаточно быстрое заживление ран, по внешнему виду не отличающихся от ран, заживших первичным натяжением.

Выше указанная система промывания с аспирацией быстро устраняет интоксикацию, в несколько раз сокращает сроки лечения и количест-

во дней нетрудоспособности, не оставляет после себя грубых рубцов, а также предупреждает развитие вентральных грыж, которые почти неизбежны при лечении гнойников брюшной полости методом тампонирования.

Таким образом, радикально проведенное дренирование закрытых полостей - залог успешного лечения больных, что позволяет снизить количество послеоперационных осложнений и повторных оперативных вмешательств.